

ANA PAULA ZEFERINO LUZ

**ESTUDO QUALITATIVO DOS FATORES QUE INTERFERM
NA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO CRÔNICO EM
IDOSOS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para conclusão do curso de
graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2005**

ANA PAULA ZEFERINO LUZ

**ESTUDO QUALITATIVO DOS FATORES QUE INTERFERM
NA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO CRÔNICO EM
IDOSOS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para conclusão do curso de
graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Mauricio José Lopes Pereima

Professor Orientador: Marco Aurélio Da Ros

Co-orientador: Dr. Odi José Oleiniski

Colaboradores: Cleci Elisa Albiero / Marília Birck / Elisabete A. Estorilio

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2005**

Luz, Ana Paula Z.

Estudo qualitativo dos fatores que interferem na aderência ao tratamento crônico em idosos/ Ana Paula Zeferino Luz. -
Florianópolis, 2005.

38p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade
Federal de Santa Catarina - Curso de Graduação em Medicina.

1. Cooperação do paciente. 2. Idoso. 3. Pesquisa qualitativa. I.
Título

Agradeço em especial, a todos os que participaram direta ou indiretamente da construção deste trabalho; principalmente:

- Ao meu orientador Prof Dr. Marco Aurélio Da Ros, pela imensa atenção e incentivo, acreditando sempre que eu alcançaria os objetivos finais;
- Ao meu co-orientador Dr. Odi J. Oleinisk, pelo grande carinho e compreensão dispensados, e pelo exemplo importante, pessoal e profissional que demonstrou ser;
- Aos meus colaboradores Cleci Elisa Albiero, Marília Birck e Elisabete Amodio Estorilio por aceitarem auxiliar prontamente meu trabalho;
- A todos os mestres que me serviram de modelo e têm grande relevância na minha formação;
- Aos meus amigos, em geral, e colegas de curso, pela parceria nesta jornada;
- Com muito carinho, à minha família e aos que mais proximamente fazem parte da minha convivência diária, por me compreenderem e estimularem nos momentos de ausência necessários à conclusão desta etapa;
- Ao meu namorado, Rodrigo Cavaleiro, pelo auxílio, compreensão e cumplicidade durante a redação deste trabalho;
- Aos pacientes que me proporcionaram a realização desta pesquisa e me ensinaram uma melhor forma de compreendê-los;
- E, acima de tudo Deus, por permitir que eu possa estar realizando, de forma simbolizada nesta monografia, meu maior sonho: exercer a medicina.

SUMÁRIO

RESUMO.....	iv
-------------	----

SUMMARY.....	v
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. JUSTIFICATIVA.....	3
3. OBJETIVOS	6
4. MÉTODO.....	7
5. RESULTADOS.....	11
6. DISCUSSÃO.....	19
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	24
NORMAS ADOTADAS.....	6
APÊNDICE.....	27
01. Protocolo de Pesquisa.....	27
02. Termo de consentimento.....	28

RESUMO

Objetivos: Analisar, qualitativamente, os fatores que interferem na aderência ao tratamento crônico, através do depoimento de pacientes idosos de um ambulatório de cardiologia do Hospital

Universitário-UFSC, em 2004. Buscar compreender o entendimento destes sobre o processo saúde-doença. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, através de coleta de dados realizada por meio de entrevista semi-estruturada em profundidade. **Resultados:** Foram relatados fatores de estímulo ao tratamento; sendo exemplos: família, religião, médico compreensivo, saúde, vontade de viver. Assim como dificuldades: situação financeira, ausência de sintomatologias, supressão do prazer, e não entendimento da terapêutica. Também foi referida a compreensão do processo saúde-doença, traduzida pelos equivalentes de saúde: trabalho, prazer, família, autonomia, alegria; bem como de doença: limitação, dependência, isolamento, solidão, perdas. **Conclusões:** Percebe-se a importância da análise qualitativa para entender a visão do paciente, além da relevância do aspecto afetivo guiando o profissional médico.

Palavras-chave: 1.Cooperação do paciente. 2. Idoso. 3 .Pesquisa qualitativa.

SUMMARY

Objectives: To study the adherence of elderly to chronic cardiologic treatment in the University Hospital-UFSC, in 2004. Trying to understand their comprehension about the health-illness process. **Methodology:** That was a qualitative research, through data collection carried out by deep half-structuralized interviews. **Results:** Incentive factors to the treatment had been told for examples: family, religion, a comprehensive doctor, health, will of living. As well as difficulties: financial situation, absence of symptoms, absence of pleasure, and misunderstanding the therapeutic. There was related also the comprehension about the health-illness processes, which were translated by health equivalents: work, pleasure, family, autonomy, joy; as well as illness equivalents: limitation, dependence, isolation, solitude, losses. **Conclusions:** That was perceived the importance of the qualitative analysis to understand the patient point of view, beyond the relevance of the affective aspect guiding the medical professional.

Key-words: 1. Patient compliance. 2. Elderly. 3. Qualitative research.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Duncan (2004, p.145), a aderência dos pacientes ao tratamento é definida como o grau de seguimento das recomendações médicas. Sabe-se, porém, que a adesão ao uso de medicamentos para doenças de tratamento crônico como Diabetes e Hipertensão chega a apenas 50%. Em estudo realizado no Sul do Brasil, citado por Duncan (apud Garin), a adesão referida em hipertensos foi de 72%, sendo a maior aderência entre os pacientes mais velhos e com maior número de consultas ao ano¹.

A não-adesão ao tratamento pode se dar de diversas formas, como: não utilizar o medicamento prescrito, utilizar medicamentos não-prescritos, usar dose errada do medicamento ou erro no intervalo entre as administrações¹.

Várias estratégias têm sido usadas pelos programas de saúde para melhorar a aderência do paciente ao tratamento. Conforme a literatura, algumas estratégias são recomendadas, como por exemplo: desenvolvimento adequado de vínculo na relação com o paciente; informações que esclareçam o intuito e o tempo de tratamento e a administração de terapêutica simplificada¹.

Em relação à responsabilidade médica na aderência ao tratamento, a literatura relata ser importante que o médico saiba os traços de personalidade do paciente, as crenças do mesmo sobre sua enfermidade, as barreiras existentes à adesão, a procedência deste paciente, o ambiente familiar em que vive, os horários de trabalho, as expectativas e motivações ao procurar a consulta médica e se o paciente entende a explicação da receita médica¹.

Há outros diversos fatores envolvidos na aderência ao tratamento, os relacionados ao próprio paciente, como: sexo, idade, grau de escolaridade, condição sócio-econômica, estado civil, presença ou não de demência ou depressão, comorbidades associadas, a presença ou não de um cuidador e seu acesso às consultas médicas^{9, 12, 14, 19}. Além das implicações do tratamento, como: complexidade, tempo, quantidade e frequência das medicações, disponibilidade de remédios no sistema público de saúde e o custo particular e, por fim, a compreensão do paciente em relação ao tratamento^{7, 10}.

A preocupação com a aderência ou não ao tratamento se agrava quando se trata do paciente idoso. Define-se idoso, segundo a Organização Mundial de Saúde, como toda pessoa com idade superior a sessenta e cinco (65) anos em países desenvolvidos e idade superior a sessenta (60) anos em países em desenvolvimento, como o Brasil¹¹.

Há uma associação importante entre idade avançada e risco do desenvolvimento de doenças, principalmente as doenças cardiovasculares. Os idosos, em geral, apresentam alterações fisiológicas no sistema cardiovascular, que deterioram a função do mesmo, elevam a pressão arterial, distúrbios funcionais, declínio cognitivo e várias alterações, as quais levam a uma diminuição da qualidade de vida^{7, 9, 10, 12, 13}.

A adesão ao tratamento na população idosa torna-se fundamental quando a meta é reduzir a incapacidade e a mortalidade prematuras resultantes de doenças cardiovasculares, prolongando a vida com qualidade².

Este trabalho, portanto, buscou como meta investigar o aspecto aderência ao tratamento crônico em pacientes idosos. Assim como o entendimento que o paciente possui sobre o processo saúde-doença.

2. JUSTIFICATIVA

Segundo pesquisas realizadas por órgão estatístico do governo, o IBGE, a população brasileira apresenta um aumento significativo na expectativa de vida, que refletiu em uma elevação no número de idosos no Brasil. Conforme o censo de 2000, a população idosa perfaz mais de 7% do total³.

Em 1910, menos de 1% da população ultrapassava os sessenta e cinco anos de idade, em 1990, atingiu mais de 6%; tendo uma previsão para o ano de 2050, que esta população de idosos será 20% da população mundial⁴.

De acordo com dados da Prefeitura Municipal de Florianópolis- IBGE-2000, a população do município era de 213.574 habitantes. Deste total, 28.809 são habitantes com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos³.

Netto citou que este rápido crescimento da população idosa traz “*consequências dramáticas*” a toda sociedade. Este relevante aumento na expectativa de vida da população de países em desenvolvimento produzidos pelas “*medidas protetoras que visam postergar a morte*”, têm trazido impactos de ordem social, econômica, educacional e no sistema de saúde⁴.

E, como referiu Kaway, num país como o Brasil, as desigualdades acabam por diminuir a qualidade de vida e aumentam a exclusão do idoso⁵.

O envelhecimento é um processo fisiológico caracterizado pelo declínio progressivo da reserva funcional, inerente a todo ser vivo longo².

A Geriatria e a Gerontologia são ciências que vem estudando o processo de envelhecimento do ser humano. Estas ciências se preocupam não apenas em investigar as causas e consequências biológicas do envelhecimento, mas sua implicação psicológica, social, na autonomia e na qualidade de vida⁴.

As consequências sobre o envelhecimento biológico já são bem estabelecidas. Sabe-se da predisposição do idoso a várias doenças crônico-degenerativas, como a alta incidência de Hipertensão Arterial, Doenças coronarianas e Diabetes Mellitus tipo 2. Estas patologias crônico-degenerativas trazem complicações importantes e incapacitantes para o idoso, como as sequelas do Acidente Vascular Cerebral, do Infarto Agudo e da amputação de membros. Atuar na prevenção secundária do idoso é dever dos profissionais de saúde e dos serviços de saúde

A prevenção secundária é quando se previne danos conseqüentes a doenças já estabelecidas. A aderência ao tratamento é assunto fundamental para a prevenção secundária. A importância deste assunto foi citada em trabalhos, com relação ao aumento de hospitalizações e de mortalidade^{7, 10, 13}; principalmente, por complicações como arritmias, Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Encefálico; entre pacientes acima de 60 anos com doenças cardíacas, nos quais não há adesão adequada à prescrição médica^{7, 9, 10, 12}.

O paciente idoso, com diversas comorbidades e limitações, passa a ser o foco de investigação sobre os fatores que influenciam sua aderência, essencial aos resultados da terapêutica médica^{14,15}.

Devido a estes fatores citados anteriormente, houve uma motivação inicial para esta pesquisa, no intuito de ampliar o conhecimento sobre a saúde dos idosos, e ainda, suas aspirações e estímulos, para o desenvolvimento de um vínculo adequado, o qual promova não apenas a *Adesão ao Tratamento*, mas a *Promoção de Saúde* em benefício desta crescente e pouco assistida população⁴.

A Promoção da Saúde tem sido busca incessante da Saúde Pública, que entende por Saúde, um produto de múltiplos fatores relacionados à qualidade de vida; ressaltando alimentação, moradia, saneamento, educação, trabalho e suas condições, ambiente físico e social, estilo de vida e cuidados de saúde¹⁶.

Este conceito de Saúde vem sendo abordado numa seqüência de eventos realizados pela OMS¹¹, desde 1977, nos quais firmou o compromisso de atingir metas de Saúde para Todos no Ano 2000; seguidas pela Conferência em Alma-Ata em 1978, em Ottawa em 1986 (Promoção da Saúde em Países Industrializados), pelo encontro em Adelaide em 1988 (Políticas Públicas Saudáveis), e, ainda em Genebra em 1989, com o tema: Promoção da Saúde nos Países em Desenvolvimento. Já em 1991, a Declaração de Sundsvall, Suécia, sobre Ambientes Favoráveis à Saúde, cita que “as

pessoas são parte integral do ecossistema da Terra. O processo de Saúde está fundamentalmente interligado com o meio ambiente total”. Dando seqüência, em 1992, realiza-se a Conferência de Santa Fé de Bogotá, Colômbia (Promoção da Saúde na América Latina); e em 1997, em Jacarta, Indonésia, a Conferência destacou a Saúde como um direito fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico; citando que “Pesquisas e estudos de casos realizados mundialmente apresentam provas convincentes que a promoção da saúde funciona. As estratégias de Promoção da Saúde podem provocar e modificar estilo de vida, assim como as condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde”¹¹.

Refletindo esta preocupação social com a saúde, em especial, do idoso, Netto colocou que:

*Os idosos por constituírem hoje, grupo etário politicamente frágil, não tiveram vez e voz no atendimento a suas reivindicações mais elementares. A sociedade que hoje os exclui do contexto social deverá viver num futuro bem próximo uma situação ainda pior*⁴.

Para atender, então, às necessidades de saúde deste seguimento, algumas pesquisas foram desenvolvidas no intuito de evidenciar causas de não-adesão ao tratamento e sugerir planos ou criar estratégias para o aumento da aderência destes pacientes¹⁷. Principalmente, quando estão sob prescrição de medicações de uso crônico, como para Hipertensão Arterial Sistêmica, sendo a adesão inadequada do paciente causa de resposta insuficiente à terapêutica^{7, 9, 12}.

No entanto, para que isto aconteça, num aspecto interdisciplinar, torna-se necessária a formação mais ampliada do profissional médico; que, como colocou Da Ros em “A ideologia nos cursos de Medicina” (2004), nos levando a pensar no ensino da geriatria; assunto pouco abordado no presente momento das instituições de ensino médico: “*As possibilidades nas universidades estão no trabalho interdisciplinar; no ouvir os alunos; na inserção precoce destes, em contato com as pessoas das comunidades*”¹⁸.

Assim, dentro desta perspectiva, buscou-se entender, também, a deficiência do atual ensino médico no Brasil, no qual se verifica uma lacuna nas instituições tradicionais, quanto à estruturação do profissional de saúde. O que, segundo Da Ros, pode ser a modificação para um perfil médico com características como:

“Valorização da pesquisa qualitativa, da psicologia e do cultural, da atuação multiprofissional / interdisciplinar, da pessoa como um todo, da saúde pública, permeabilidade / humildade, flexibilidade, inclui promoção de saúde, educação como relação sujeito-sujeito, na relação médico-paciente, flexibilidade para outras racionalidades médicas, verdade como processo/ provisoriade”¹⁸.

Isto vem sendo corroborado pela busca do perfil do geriatra/gerontólogo, como abordado por Freitas, destacando algumas características importantes para este profissional. Como por exemplo:

aprender, histórica e criticamente, o processo de envelhecimento em seu conjunto; compreender a natureza interdisciplinar da gerontologia, buscando ações compatíveis na área de ensino, de pesquisa e da prestação de serviços; estar aberto à mudanças, agindo com criatividade; orientar a população idosa na identificação de recursos para atendimento às suas necessidades básicas e defesa de seus direitos; dentre outras¹⁹.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais:

Analisar, qualitativamente, os fatores que interferem na aderência ao tratamento crônico, através do depoimento de pacientes idosos de um ambulatório de cardiologia do Hospital Universitário-UFSC, em 2004.

3.2 Objetivos específicos:

- 1- Analisar o entendimento dos idosos sobre o processo saúde-doença.
- 2- Contribuir para a reflexão sobre a postura do médico para a melhora da aderência.

4. MÉTODO

Trata-se de um estudo de casos, descritivo, exploratório, realizado através de uma amostra de pacientes de um ambulatório de cardiologia do Hospital Universitário-UFSC, sob tratamento para uma doença crônica, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Os pacientes foram entrevistados apenas uma vez, após suas consultas previamente agendadas, no mês de dezembro de 2004.

4. 1 - Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada (Apêndice-01), em profundidade, que, segundo Minayo²⁰, é uma das opções da pesquisa qualitativa, em que há questões básicas, que preferencialmente não devem ultrapassar o número de 5 (cinco). A partir das respostas dos sujeitos, na interação entre sujeito e pesquisador, podem surgir novas questões, que podem ser aprofundadas.

As entrevistas foram devidamente gravadas e transcritas na íntegra, para posterior análise dos dados de forma qualitativa. As mesmas foram iniciadas após aprovação em Comitê de Ética, em dezembro de 2004, como projeto nº 295/04, de acordo com a Resolução nº196/96; sendo explicados aos entrevistados o tema e o objetivo do estudo, com preenchimento do consentimento esclarecido (Apêndice -02).

Assim, em posse dos dados, foi realizado relatório final embasado em fundamentação teórica já estudada. O resultado final foi a construção do Trabalho de Conclusão do Curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

4. 2 - Instrumentação

Antes do início das entrevistas oficiais, foi realizado um projeto piloto, o qual foi aplicado para verificação e adequação dos instrumentos de pesquisa; incluindo adequação das perguntas, duração ou modificações necessárias. Desta forma, no início do trabalho, foi realizada uma

primeira entrevista (piloto), com roteiro elaborado pela autora, sob orientação, sendo testado; após esclarecimento e assinatura de termo de consentimento; em paciente com Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) cadastrado na Unidade Centro de Saúde da Fazenda do Rio Tavares, Florianópolis-SC .

Na entrevista semi-estruturada, constaram as seguintes perguntas: O (a) senhor(a) se sente uma pessoa com saúde? Como o (a) senhor(a) se sente diante de sua doença? Como o (a) senhor(a) se sente com o tratamento de sua doença? Houve alguma época em que o(a) senhor(a) parou o tratamento? (Por quê?) O que faz com que o(a) senhor(a) se trate? Como vai seu “Coração”?

Através desta entrevista, diversos aspectos puderam ser elucidados, até mesmo a presença da “indução deformante” da autora direcionando o foco das questões para a *doença* e não para o tópico *saúde*. O que, em seguida demonstrou a necessidade de aprofundar mais o fator *saúde*, antes de abordar o aspecto *doença*, para então, não deixar de entender a primeira como um amplo espectro de fatores¹⁴.

Foi possível observar, também, que o entrevistado quando questionado sobre alguma pausa no uso de medicações, não considera parar o tratamento permanecer sem o remédio por alguns dias por indisponibilidade no Centro de Saúde, se depois retornar ao uso das medicações. Ou seja, uma visão diferente da concepção médica da interrupção do tratamento prescrito; conceito abordado através da pesquisa qualitativa.

Por fim, ao inquirir a pergunta aberta “Seu coração está triste ou feliz?”, houve uma importante abertura por parte do entrevistado, intitulado-se como uma pessoa feliz. Este fato gerou um interessante vínculo e fez refletir sobre a possibilidade de se iniciar uma próxima entrevista por meio de questão semelhante. Principalmente, devido ao relato que conduz ao critério de necessidade de vínculo com o profissional da saúde, e a disponibilidade de medicação na rede pública, para auxiliar na aderência ao tratamento proposto.

A partir desta reflexão sobre a maneira de conduzir o Primeiro-piloto; uma segunda entrevista-piloto foi realizada, desta vez, com um paciente em tratamento crônico de um ambulatório de cardiologia do HU-UFSC, com idade igual ou superior a sessenta (60) anos, em sala disponibilizada no Ambulatório-A do referido Hospital. Porém, invertendo-se os papéis, ou

seja, dando ênfase ao tópico: *Saúde*; por meio de questões com maior abertura. Diante deste novo fato, o entrevistado coloca o entendimento sobre Saúde como:

“A saúde é uma alegria” (83 anos)

E, ainda, ao responder sobre Como vai a sua saúde?, relata o fator confiança no profissional da saúde, também como um preditor deste conceito; tópico já citado por Oliveira⁴.

“Porque hoje eu vim no médico e está tudo bem”

No entanto, a colocação que norteou as novas entrevistas para o modelo Piloto II, deveu-se à questão: A sr^a é portadora de alguma doença? (após uma importante abordagem sobre Saúde), ter sido respondida desta forma:

“Não, né?! Ah! A minha doença é a pressão alta, sabe?...”

Permitindo o paciente, por intitular-se com saúde, não enfatizar o conceito doente, mesmo apresentando doença. Demonstrando, de forma menos restrita seu entendimento sobre o processo saúde-doença.

Além do relevante fator independência e autonomia do idoso:

“Tenho a vida boa...Não dependo de ninguém”

Sendo que, a OPAS/OMS, coloca o envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico...⁸. O que citou OLIVEIRA nos conceitos abordados pelos idosos em sua pesquisa: “Doença é uma coisa, velhice é outra”⁷.

4. 3 - Forma de Análise dos Dados

No seguimento das entrevistas; foi obtido o número adequado, após análise de seus dados; nos quais surgiram respostas conceituadas pela metodologia de pesquisa qualitativa em saúde, como Surpreendente, Exaustiva e Ausente.

A primeira forma de abordar as entrevistas foi a realização da Leitura Flutuante, na qual foram selecionados as opiniões mais relevantes e que se destacaram dentre os objetivos desta pesquisa.

Através da fala dos entrevistados foram verificadas categorias de análise, que se destacaram como importantes na qual, pensou-se em estabelecer “Estímulos” e entender as “Dificuldades” na aderência ao tratamento.

Além deste tópico, o conceito do processo Saúde-Doença também foi ressaltado por meio de “equivalentes” relatados pelos pacientes.

Para facilitação da análise, os entrevistados foram nomeados com a letra E seguida por numeração em algarismos arábicos; por exemplo: E1.

Abaixo são destacados alguns dados pessoais colhidos nas entrevistas.

E1: feminina, 60 anos, natural de Araranguá, aposentada, viúva, Ensino Fundamental Incompleto. Portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Depressão, Artrite Reumatóide.

E2: feminina, 65 anos, natural de Rivera-Uruguai, aposentada, casada, Ensino Médio Completo. Portadora de HAS, Artrite Reumatóide.

E3: feminina, 79 anos, natural de Imaruí-SC, agricultora aposentada, viúva, Ensino Fundamental Incompleto (semi-analfabeta). Portadora de HAS, osteoporose, hipercolesterolemia.

E4: masculino, 61 anos, natural de Biguaçu-SC, aposentado, casado, Ensino Fundamental Completo. Portador de HAS, 2 Infartos Agudos do Miocárdio (IAM) prévios, Diabetes Mellitus 2 (DM), Hipertrofia Ventricular Esquerda (HVE), Obesidade, Dislipidemia.

E5: masculino, 80 anos, natural e procedente de Florianópolis, aposentado de serviços gerais, viúvo. Portador de HAS, amputação de membro inferior Esquerdo.

5. RESULTADOS

Os resultados são abordados baseados no estudo das falas. Foram deixadas em negrito as categorias selecionadas na análise, e sublinhadas as subcategorias destacadas.

5. 1) Estímulos/Dificuldades

Nos depoimentos, surgiram respostas com os pontos que servem de estímulo ou dificuldades na aderência ao tratamento cardiológico com relação aos pacientes entrevistados, principalmente, ao inquirir sobre o que faria o paciente seguir o tratamento.

5. 1- 1) Estímulos

Como já abordado nas bibliografias consultadas, fatores associados ao tratamento podem ser de relevante valor, em se tratando de incentivar o paciente na busca por sua saúde. Estes fatores, categorizados neste trabalho como “estímulos” ao tratamento, impulsionam esta pesquisa para um maior entendimento do processo terapêutico.

Família

Um dos fatores verificados nas entrevistas foi a participação da família como apoio e incentivo ao seguimento da terapia. Sendo este, um tema que se coloca como um mecanismo de suporte, proteção e promoção à saúde⁵, retratado nos discursos.

E.3 : *“A filha leva na consulta, eu vou. Porque eu quero ter saúde. Eu quero me “güentar” mais um pouco, com os filhos, com os netos, com a filha.”*

E. 4 : *“Como a mulher diz: Tem que cuidar!”*

Vontade de Viver

Outro fator destacado na oportunidade ampliada do discurso pela pesquisa qualitativa, foi o enfoque na vontade de viver como item relevante.

E. 3 : *“Eu quero viver!Como é bom a vida! A gente viver no mundo, é muito bom. Mas quando chega a hora, a gente é obrigada a desprezar, né!”*

E. 4 : *“É a vontade de viver, né! Vontade de viver! ”*

Médico(a) Compreensivo(a)

Já no tocante à questão médica, o médico compreensivo e a confiança no mesmo fazem parte dos relatos; como uma abordagem da relação médico-paciente¹⁹.

E. 1 : *“a Dra. L também foi uma médica pra mim e tanto, que quando eu não conseguia comprar remédio, ela me dava receita e eu pego aqui no hospital. E ela é tão legal comigo, todos os médicos aqui, eu não tenho queixa de nenhum. Todos me tratam bem. Dr. O mesmo... nem se fala como ele foi bom comigo”.*

E.4 : *“ Olha, o que me faz é o médico né! Se não for o médico; eu me trato por conta própria; isso é ruim. ”*

Saúde

Como tema também citado, o próprio item saúde é lembrado como estímulo na busca ao tratamento.

E. 5: “....é o principal, né porque primeiramente, eu digo em casa, é a saúde. A depois a gente tem que correr para o médico. ...Eu acho que a saúde é que envolve tudo primeiro. Primeiramente é a saúde”

Religião

Em fragmentos dos discursos colhidos, o tema religião é destacado repetidamente, porém, não de forma enfática pelos pacientes, vistos nos textos abaixo.

E. 1 : “Então eu quero é ficar boa. É a única coisa que eu quero, eu peço tanto pra Deus, eu rezo tanto pra Nossa Senhora Aparecida.... Ai, como eu tenho fé em Deus, eu sei que eu vou ficar boa”

E. 3 : “Por saúde. Pois agora, é o que Deus tem a me dar, né.... O que me “güenta” é Deus e o médico e o remédio que eu tomo, né!”

E. 4 : ”Só desejo a Deus, que me dê mais saúde ainda do que já tenho, para poder ir mais a frente do que já fui.”

No entanto, esta resposta aparece de maneira “Surpreendente” dentro de uma entrevista, como o principal estímulo ao tratamento.

E. 2 : “E Jesus diz que o nosso corpo é o Templo do Espírito Santo! Seu eu não me cuidar, eu to estragando o corpo do Espírito Santo. E como Jesus vai habitar se o corpo tá doente? E ele não foi que me trouxe a doença, assim não, que eu, por o meu próprio descuido. Então, isso me faz com que me cuide. Tanto que antes de conhecer Jesus, eu passei 10 anos sem vir ao médico.”

5.1-2) Dificuldades

Contudo, sabe-se que a busca pelo processo Saúde se constitui, muitas vezes, na superação de desafios e limitações. Estes tópicos foram relatados espontaneamente em vários pontos das falas e em variadas questões, sendo consideradas pelos entrevistados relevantes alguns fatores.

Situação Financeira

Fator de extrema importância para uma população no contexto da aposentadoria, com restrições materiais aos idosos pelo valor pago como recompensa a muitos anos de trabalho⁷.

E. 4 : *”Medicamento é obrigado a tomar, só que são caro”*

E. 5 : *“Primeiramente é a saúde. Depois é o dinheirinho. O dinheirinho para mim ir para o médico. Compra um remédio”*

Paciente Assintomático

Outro fator categorizado foi o paciente assintomático, pois, a ausência de sintomas (principalmente: DOR) “equivaleria” para alguns entrevistados, à ausência de doenças; ou seja, não haveria a necessidade de medicação.

E. 2: *“E, não sei. Outro problema não. ..Sempre só estes probleminhas. Mas então a senhora é uma pessoa que, mesmo tendo esses problemas, consegue ter uma boa saúde? Ah! Sim! Eu olho, para tudo que me acontece, até na dor, no momento mais profundo de dor, eu sempre penso que, eu tenho a minha em Jesus”.*

E. 4 : *“... não tô sentindo nada...O meu coração, ultimamente, tá meio estragado já tive 2 infartos.... Bem, eu não sou cardíaco. Tenho um problemazinho, mas eu vivo bem.... Doença só que eu tenho é essa do Pequeno Distúrbiozinho do coração... A mais doença nenhuma que eu me lembro. Não tenho mais nada não.”*

E. 5 : *“Eu acho que tá porque eu não sinto nada. Agora de vez em quando eu fiz exame do coração. De vez em quando eu venho aí na emergência, mas com outra coisa não é problema do coração. E como vai o seu coração?...Ah vai melhor! Só me deu esse troço, não me deu mais nada. Não sinto. Toda vez que eu venho ao médico, ele me diz que eu tenho um coração de menino... É só isso. Não sinto nada. Atualmente, não sinto nada no coração..... que eu tenho a pressão bem alta, então eu tomo remédio que eles dão para controlar, né.*

Supressão do Prazer

Um importante ponto de dificuldade na aderência ao tratamento crônico em pacientes idosos é a Supressão do prazer, que se coloca como uma imposição desfavorável ao entrevistado. Esta foi colocada com destaque em alguns discursos, levando a uma importante reflexão sobre a imposição dos tratamentos médicos.

E. 2.: *...mas deveria. levar a vida com disciplina, vamos ter uma boa saúde, eu vou comer um bolo, e não é adequado para mim. Mas, eu digo: Ah! É só hoje! E como ele. Eu sei que as conseqüências disso, será um aumento da glicose.Trato de me cuidar. Não pegar frio. Faz muito mal para isso. ...A não ser esses 2 abusos, sei que abuso neles”.*

E. 3 : *“Não trabalho, não faço nada. Sou proibida de fazer as coisas”*

E. 4 : *“eu deixei de fumar, quando dei o 1º infarto.... Durmo bem, me alimento bem. Só almoço, não janto, já sou gordo, se eu for jantar e depois deitar! A gordura só vai atender aumentar... Não danço. Não pego sereno. Sou muito caseiro...”*

E. 5 : *“Agora, eu me cuido, não faço bravura, não faço bravura...”*

Entendimento da Terapêutica

Contudo, um referencial importante no entendimento da terapêutica, principalmente, em se tratando de pacientes idosos, com limitações educacionais (em geral, pouca escolaridade), é a incompreensão do tratamento orientado pelo profissional médico; acrescido do número elevado de medicações prescritas a estes pacientes. Isto remete à questão da falta de preocupação e/ou atenção do profissional em se fazer entender na comunicação com o paciente, na forma e na linguagem desta relação.

E. 3: *“atestou colesterol; que o bom ta baixo... Mas, o que ela diz eu quase não entendo. Tem 2 qualidades, e o bom ta baixo. Mas, eu disse: não me ensina mais remédio, que eu já tomo muito remédio! Já tomo 5, né!”*

5. 2) Processo Saúde-doença

Como já abordado neste trabalho, a melhoria da qualidade de vida neste último século, levou ao aumento da população idosa mundial. Entretanto, este seguimento da sociedade é lavado à convivência com doenças crônico-degenerativas; as quais podem restringir esta busca por uma melhor qualidade de vida, mas, que vem impulsionando a promoção à saúde como forma de superar tais limitações^{4, 19}.

Por meio da abordagem realizada, os entrevistados ao responderem sobre: “O que o(a) Sr. (a) entende por saúde?”, “Como vai a sua saúde?” e “O(a) Sr.(a) é portador de alguma doença?”, demonstraram opiniões, através da simbolização destes conceitos.

5. 2- 1) Saúde

A saúde, conceito atualizado pela OMS como multifatorial, assim também é interpretada pelos entrevistados. E aparece significando diversos aspectos, em alguns fragmentos.

Trabalho

Dentre estes aspectos, os discursos colocam a “ausência” do trabalho como tradução da falta de saúde⁵.

E. 1 : *“A melhor coisa do mundo. Porque a gente pode trabalhar, pode fazer alguma coisa... O que que é saúde é não sentir nada, né. Não sentir isso que eu tô sentindo.”*

E. 3 : *“Não trabalho, não faço nada.... Por que se eu tivesse saúde, eu tava trabalhando como eu trabalhava dantes, que eu tinha saúdeEu entendo que a pessoa pode trabalhar; é tão bom a pessoa poder fazer as coisas, né!....*

E. 5 : *“Eu só não trabalho, porque eu sou aposentado. Com a perna amputada, eu não posso trabalhar.....A saúde é quando o camarada tem vontade fazer as coisas, tem vontade de trabalhar, tem tudo.”*

Prazer

Também foi vinculado o termo saúde ao conceito de bem estar, prazer, incluindo: comer. Fatores que corroboram para o aspecto mais amplo do termo saúde.

E . 2 : *“Ah, uma boa alimentação. Um ritmo de vida tranqüilo de acordo com a idade que cada um tem.... Uma alimentação sadia, dormir bem.”*

E. 4 : *“Ah, tem que ter uma vida boa, uma boa alimentação. Disso tudo depende uma boa saúde. Se o cara, tudo for ver, for querer ingerir, vai só arrumar obstáculos para a vida dele.... Durmo bem, me alimento bem.”*

E. 5 : *“Como bem, vivo bem. Por exemplo, assim, eu como tudo o que eu quero, como tudo.....pode fazer as coisas, pode comer as coisas. Eu acho que isso tudo para mim é um prazer..”*

Vínculo Familiar

Além de outros tópicos, uma ênfase relevante encontrada nas entrevistas é o vínculo familiar como *status* de saúde. O que já havia sido destaque anteriormente, como categoria de resposta “Exaustiva” nos discursos, tamanho fator de impacto no processo de adesão ao tratamento.

E. 1: *“Eu dava tudo na minha vida pra ter minha mãe de volta e eu quero ficar boa disso, eu quero sarar,”*

E. 2: *“Eu sou muito feliz! Tô muito feliz!...Eu to para fazer 50 anos casada.sou uma mãe bem sucedida, tenho filhos muito bons, maravilhosos, um marido bom, uma vida estável ”*

E. 3 : *“Tô feliz. To vivendo com os meus filhos, com minha filha, tenho uma carrada de netos e bisnetos. Todos eles me procuram; todos eles me querem bem. Então, eu to feliz. Só não sou mais feliz porque eu sou viúva.”*

E. 4 : *“ Tenho uma boa família. Filhos ótimos. Não me dão preocupação nenhuma. Uma boa esposa. ”*

E. 5 : *“Eu me dou bem com meus filhos... Tenho uma família exemplar. Essa minha tem dois filhos. São netos, mas são pra mim como dois filhos meus. Assim, vivo bem com os filhos em casa.. ”*

Autonomia/independência

Através de algumas repetições, tornou-se claro um importante simbolismo que é o fator autonomia/independência, como fator saúde¹⁹.

E. 4: *“Se tiver uma saúde ruim, não se vai a lugar nenhum. Vai ficar dependendo sempre dos outros.”*

E. 5 : *“Em casa eu faço tudo, faço tudo... Não dependo de neta, de filho, de ninguém. Eu faço tudo sozinho, eu levanto cedo.”*

Alegria

Ainda um outro significado, que já se destacava desde as entrevistas pilotos, é a saúde transcrita como alegria, ou como o essencial para uma vida feliz.

E. 1 : *“Ah eu acho que saúde é a coisa melhor do mundo”*

E. 2 : *“Então, que mais eu posso querer da vida? Ai me sinto muito bem! Tenho dor sim! Mas assim que eu to com a dor, ela já passou também! E eu já to bem, para começar novamente a sorrir, a viver bem!”*

E. 4 : *“Eu acho que saúde, tem que ta acima de tudo!...”*

E. 5 : *“Pra mim a saúde é quando o camarada está contente.... A saúde é uma alegria..... mas isso na vida é o principal,.... Primeiramente é a saúde”*

5. 2- 2) Doença

Embora na visão médica da doença, esta seja traduzida como uma enfermidade ou patologia, para os entrevistados esta é colocada como um “problema” social ou psicológico dentro de suas vidas.

Limitação/Dependência

A doença pode ser o fato de não se poder exercitar suas atividades rotineiras, impondo-se como uma limitação e/ou dependência, ao universo do idoso¹⁹.

E. 3 : *“Hoje eu não posso mais fazer nada. Como eu fui trabalhadeira; eu trabalhava, ajudava meu marido... Hoje eu não posso mais fazer nada.”*

Isolamento/Solidão

Dentro deste contexto, o isolamento e a solidão se mostraram como agentes envolvidos no Processo Saúde-Doença, que pode estar subentendido; porém, não questionado pelo profissional médico; e incorporado à dificuldade de aderência ao tratamento.

E. 1 : *“Quando eu lembro assim de entrar dentro de casa sozinha, olhar pras paredes... É muito mal isso”*

Perdas

O que também se traduz no significado das perdas ao longo da vida do idoso.

E. 1 : *“Porque eu queria minha mãe de volta.”*

E. 3 : *“Só não sou mais feliz porque eu sou viúva. Faz 2 anos que eu perdi um filho;.... Perdi meus filhos nunca me esqueço; que morreu um anjo com 1 ano e 8 meses, 2 anos , 8 anos, e agora esse com 49 anos, meu velho com 77 anos..”*

E. 5 : *“quando eu era novo, eu me divertia muito; mas agora eu perdi a perna. Quando tinha perna eu saía, eu dançava...”*

6. DISCUSSÃO

No decorrer das entrevistas, foram relatados fatores relacionados com estímulo ao tratamento; sendo exemplos: família, religião, médico compreensivo, saúde, vontade de viver. Assim como dificuldades: situação financeira, ausência de sintomatologias, supressão do prazer, e não entendimento da terapêutica. Também foi referida a compreensão do processo saúde-doença, traduzida pelos equivalentes de saúde: trabalho, prazer, família, autonomia, alegria; bem como de doença: limitação, dependência, isolamento, solidão, perdas.

Além destes, outros tópicos levaram a reflexões sobre o ponto de vista dos pacientes, que só se revelam por meio de um questionamento mais aprofundado, como a entrevista qualitativa.

Com isto, pode-se perceber que para o paciente possuir um diagnóstico de “doença” não significa que o mesmo compreenda do se trata, ou ainda, intitule-se como uma pessoa saudável.

Assim, diante de portadores de doenças crônicas e frequentemente limitantes para a maioria dos idosos, as entrevistas mostraram que, saber da doença destes pacientes, não revela sua sintomatologia.

Dentro da metodologia utilizada, destacaram-se, também, comportamentos diante do processo saúde-doença e na busca de aderência ao tratamento, como a substituição de antigos hábitos de vida por alternativas para realização dos objetivos terapêuticos.

Foi possível ainda, observar a indução viciosa da autora identificando o desejo pelo tratamento como o fator único para procurar atendimento médico, já que se trata de um conceito multifatorial¹¹.

O que também é vinculado ao estado saudável, foi destacado nas entrevistas como a participação em grupos, o convívio social e a qualidade de vida, dentro das possibilidades de cada paciente.

Então, após a leitura flutuante e a seleção das características mais importantes, foi referida a possibilidade de resgatar as entrevistas-pilotos, como tais, pelo fato destas já apresentarem estímulos/dificuldades em muito semelhantes aos destacados nas entrevistas oficiais, como os referenciais de saúde: *alegria e independência*.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de uma análise qualitativa de depoimentos colhidos após consultas médicas de rotina, pode-se inferir que esta abordagem revela opiniões e conceitos, que se fazem necessários para o entendimento e a melhora da relação médico-paciente. Isto decorre do intuito da melhora contínua no processo de adesão ao tratamento, principalmente de pacientes idosos em terapêutica crônica.

Sendo assim, o objetivo de analisar os caracteres relacionados à adesão ao tratamento, o qual norteou este trabalho, também conduziu ao entendimento através da visão do paciente idoso do processo saúde doença; abrindo espaço para uma importante reflexão por parte dos profissionais

de saúde e das instituições voltadas a este público, para a compreensão de fatores como família, situação financeira, trabalho e religião, dentre outros, englobados no aspecto saúde, e de grande relevância para que aconteça o vínculo médico-paciente, e como consequência disso, um acréscimo positivo na aderência ao tratamento.

Percebeu-se ainda, um aspecto muito relevante, após a aceitação voluntária dos participantes do trabalho, foi o mesmo ter provocado reações emotivas durante e ao término; repletos de risos e lágrimas; por abordar aspectos pessoais e importantes para cada entrevistado; tornando gratificante realizar as entrevistas. O que de início, desencorajou a autora diante da primeira entrevista oficial; ao deparar-se com uma paciente em lágrimas dentro do consultório. Porém, após o incentivo do co-orientador para que se tentasse entender os motivos da tristeza daquela paciente, foi obtida a primeira fala, na qual ficou evidente o quadro de depressão maior relatado pela mesma. E que, ao final, resultou num pedido de ajuda e num encaminhamento para a psiquiatria. Naquele dia, foi possível notar a importância deste trabalho, não só na vida pessoal e profissional da autora, mas das consequências positivas, mesmo que incidentalmente, que a pesquisa poderia provocar nos entrevistados. A partir disso, houve um grande acréscimo do sentimento de interesse pela realização do trabalho por parte da autora.

Assim, pode-se entender que estes fatores emocionais se revelam de forma mais ampla, quando uma preocupação afetiva guia o profissional para melhor compreender o processo da relação médico-paciente e até da forma como se realiza a anamnese.

Estas considerações levam à retomada do contexto da Educação Médica como um dos determinantes da formação do profissional de saúde no aspecto relacionado ao vínculo na aderência ao tratamento.

Isto mostra algo já conhecido, que é a valorização dos fatores emocionais, associados ao conhecimento científico, como um dos pilares da educação médica.

O que leva a relembrar a busca pela formação de um perfil médico voltado ao paciente idoso, como já citado neste trabalho por Da Ros (2004), com características de flexibilidade a novos conhecimentos, inclusive aos trazidos pelo próprio paciente, dentro de seu universo pessoal:

“Portanto, ouvir o outro, respeitar opiniões diferentes, permitir-se considerar que seu pensamento não está pronto - que não há só um jeito de olhar, que existem possibilidades

boas de atuações diferentes da sua, que as respostas que temos dado podem ser muito melhoradas. Será necessário formar novos profissionais, mesmo que o grupo contra-hegemônico seja minoritário, para que estes sejam os novos professores”¹⁸.

Esta abordagem conduz a uma reflexão sobre a necessidade do aprendizado e ensino em geriatria e gerontologia e da mudança nos rumos da Educação Médica no país, como essencial na geração dos novos profissionais de saúde; principalmente, diante da expansão populacional de idosos^{3, 4, 11, 19}. Idéia corroborada por Da Ros, da seguinte maneira:

‘Não se trata de abandonar a prática médica clínica tradicional, mas redimensioná-la, resignificá-la, enquadrá-la numa prática humanizada, crítica, reflexiva, que veja a pessoa como um todo em suas relações e que amplie as possibilidades de resolutividade. Em suma, contribuir para que o povo reaja às situações de opressão física, mental e social, e possa ser mais feliz. E isto inclui as possibilidades para que o médico também possa ser”¹⁸

Assim como cita Freitas, é necessária a formação de *profissionais mais comprometidos e sensibilizados com a realidade social e com melhor entendimento às necessidades do indivíduo idoso”¹⁹.*

Para tanto, faz-se pertinente a atualização das grades curriculares das universidades, além de mecanismos de integração entre as diversas áreas e disciplinas, acrescido do incentivo à formação de docentes numa nova perspectiva pedagógica; envolvendo, por fim, a academia, os serviços e a comunidade¹⁹.

REFERÊNCIAS

1. Béria JU. Prescrição de Medicamentos. IN: Medicina Ambulatorial. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ *et col.* 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p143-149.
2. Sirena AS, Moriguchi EH. Promoção e Manutenção de Saúde de Idoso. IN: Medicina Ambulatorial. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ *et col.* 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p143-149.
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. [capturado em 2004 Jul 19] Disponível em: www.ibge.gov.br

4. Netto MP. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2002.
5. Kaway M. Aspectos do perfil do idoso da comunidade de Santo Antônio de Lisboa. Florianópolis, SC. Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] UFSC- Curso de Graduação em Medicina. SC. 2003.
6. Aminzadeh F. Adherence to recommendations of community-based comprehensive geriatric assessment programmes. Age Ageing; 29(5): 401-7, 2000 Sep. [capturado em 2004 Jul 19] Disponível em: www.periodicos.capes.gov.br
7. Oliveira FG. Percepções sobre o envelhecimento em idosos participantes do Grupo de Terceira Idade do Centro de Saúde do Córrego Grande. Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] UFSC- Curso de Graduação em Medicina. SC. 2004.
8. Andreoli TE, Bennett JC, Carpenter CCJ, Plum F. Cecil Medicina Interna Básica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
9. Porto CC. Exame Clínico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
10. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et col. Harrison Medicina Interna. 14ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill; 1998.
11. OMS. Organização Mundial da Saúde.
Disponível em: www.oms.org.br
12. McBride P, Schrott HG, Plane MB, Underbakke G, Brown RL. Primary care practice adherence to National Cholesterol Education Program guidelines for patients with coronary heart disease. Arch Intern Med; 158(11): 1238-44, 1998 Jun 8. [capturado em 2004 Ago 8] Disponível em: www.portaldapesquisa.com.br
13. A Textbook of Cardiovascular Heart Disease [livro em CD-ROM], Braunwald, Zipes, Libby. 6ª ed.
14. Tierney LMJr, Mc Phee SJ, Papadakis MA. Current Medical Diagnosis & Treatment. 34ª ed. San Francisco: Lange/ Mc Graw Hill; 2004.
15. Heidenreich AP. Patient adherence: the next frontier in quality improvement. Am J Med; 117(2):130-132, 2004 Jul 15 [capturado em 2004 Jul 19] Disponível em: www.periodicos.capes.gov.br

16. Organização Panamericana de Saúde, 2000. Desafios para la Educación en Salud Pública: Revalorização de la Promoción y la Prevención en Salud. OPAS/OMS.
17. Bogardus ST, Bredley EH, Williams CS, Maciejewski PK, Gallo WT, Inouye SK. Achieving goals in geriatric assessment: role of caregiver agreement and adherence to recommendations. J Am Geriatr Soc; 52(1): 99-105,2004 Jan.[capturado em 2004 Jul 19] Disponível em: www.periodicos.capes.gov.br
18. Da Ros M. A ideologia nos cursos de medicina. cap. 10. in: Educação Médica em transformação. Marins JJN, Rego S. Lampert JB, Araújo JGC. ABEM. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
19. Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
20. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Abrasco; 1999.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi elaborado de acordo com a normatização para os Trabalhos de Conclusão de Curso de Graduação em Medicina, constante na Resolução nº 001/2001 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da UFSC, de 05/07/2001, obedecendo à recomendações da Convenção de Vancouver para realização de Trabalhos Científicos na área médica, publicada no J Pediatr 1997; 73: 213-24.

APÊNDICE

Apêndice 01- Protocolo de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Coordenador do Projeto: Prof.º Dr Marco Aurélio Da Ros

Co-orientador: Prof.º Dr Odi José Oleininsk

Pesquisadora: Ana Paula Zeferino Luz

Pesquisa de Iniciação Científica: “A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO CARDIOLÓGICO EM IDOSOS”

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Dados pessoais:

Nome:

idade:

Naturalidade:

Escolaridade:

Atividade profissional:

sexo:

estado civil:

aposentado: __ S __ N

Como vai seu Coração? Seu coração está feliz?

O que o(a) sr(a) entende por saúde?

Como vai a sua saúde?

O (a) sr(a) é portador de doenças? Quais? Há quanto tempo? Usa medicações?

O que faz com que o(a) sr(a) se trate?

Apêndice 02- Termo de Consentimento

INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO PARA PESQUISA

Meu nome é ANA PAULA ZEFERINO LUZ, estudante da 10ª fase do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, e estou desenvolvendo a pesquisa A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO CARDIOLÓGICO EM IDOSOS”, com o objetivo de conhecer o que sentem os pacientes idosos de um ambulatório de

cardiologia do Hospital Universitário-UFSC, em 2004. em relação à sua saúde e à sua doença.

Serão realizadas perguntas sobre sua vida, sua saúde e suas doenças. Para isso, o(a) senhor(a) poderá falar livremente; sendo esta entrevista gravada. Se o(a) senhor(a) estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e utilizadas neste trabalho, podendo ser apresentados os dados da pesquisa em artigos para publicação.

Se o(a) senhor(a) quiser desistir de participar da pesquisa, mesmo após a entrevista, entre em contato comigo pelos telefones: 3220302 ou 99021251.

Ana Paula Zeferino Luz
Pesquisadora

Marco Aurélio Da Ros
Orientador

Odi Oleiniski
Co-orientador

Eu, _____
Concordo com o acima escrito. RG:

Florianópolis, ____ de _____ de 2004.

Assinatura _____